

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

Division of Child Support Enforcement

APPLICATION FOR IV-D SERVICES/GENETIC TESTING AGREEMENT

SOLICITUD PARA SERVICIOS DEL IV-D/ACUERDO PARA PRUEBAS GENETICAS

CHILD'S NAME (First, Middle, Last) / NOMBRE DEL NIÑO(A) (Apellido, nombre, inicial)	BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO
---	---------------------------------

PLACE OF BIRTH (City, County, State) / LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad, condado, estado)	HOSPITAL
--	----------

MOTHER'S INFORMATION / INFORMACION SOBRE LA MADRE

NAME (Last, First, Middle) / NOMBRE (Apellido, nombre, inicial)	MAIDEN NAME / APELLIDO DE SOLTERA
---	-----------------------------------

ADDRESS (No., Street, City, State, ZIP) / DOMICILIO (Núm., calle, ciudad, estado, ZIP)	
--	--

BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO	PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO	AREA CODE & PHONE NO. / TELEFONO ()	SOC. SEC. NO. / NUM. SEG. SOC.
---------------------------------	--------------------------------------	---	--------------------------------

EMPLOYER / EMPLEADOR	OCCUPATION / OCUPACION	TYPE OF BUSINESS (Sales, food service, etc.) / TIPO DE NEGOCIO (Ventas, servicio de comidas, etc.)
----------------------	------------------------	--

MEDICAL INSURANCE (Company Name) / SEGURO MEDICO (Nombre de la Compañía)	POLICY NO. / NUM. DE POLIZA
--	-----------------------------

ETHNICITY/ ☐ White/Blanco ☐ Black/Negro ☐ Asian/Pacific Islander/Islas Asia/Pacífico ☐ Information not available/No hay información

☐ Hispanic (Specify)/ Hispano (especifique) ☐ Am. Indian/Alaskan Native (Tribe) / Ind. norteamericano/Alaska

I request child support enforcement services under 42 U.S.C. 651, otherwise known as "Title IV-D of the Social Security Act," for the above-named child of the below named father. I understand that as an applicant for child support enforcement services, I am required to cooperate with the state's Child Support Enforcement Program. I understand that the IV-D agency reserves the right to determine which of the child support enforcement services will be provided to me. I also understand that the attorneys providing legal services represent the Division of Child Support Enforcement and these attorneys do not represent me or the child named above. I swear and affirm under penalty of perjury that this application and/or accompanying documents have been examined by me and to the best of my knowledge and belief are true and correct.

Yo solicito servicios de ejecución de sustento de menores bajo 42 U.S.C. 651, conocido como "Título IV-D de la ley del Seguro Social," para el menor nombrado arriba, hijo(a) del padre nombrado a continuación. Entiendo que como solicitante de estos servicios, he de cooperar con el programa estatal de Ejecución de Sustento de Menores. Entiendo que la agencia del IV-D se reserva el derecho de determinar cuáles servicios de ejecución del sustento de menores se me proveerán. También entiendo que los abogados que ofrecen sus servicios legales representan a la División para Ejecución del Sustento de Niños y que estos abogados no me representan a mí ni al niño nombrado arriba. Yo juro y afirmo bajo penalidad de perjurio que he estudiado esta solicitud y/o los documentos que la acompañan, y que los mismos son ciertos y correctos según mi mejor entender.

MOTHER'S SIGNATURE / FIRMA DE LA MADRE	DATE/FECHA
--	------------

FATHER'S INFORMATION / INFORMACION SOBRE EL PADRE

NAME (Last, First, Middle) / NOMBRE (Apellido, nombre, inicial)	BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO
---	---------------------------------

ADDRESS (No., Street, City, State, ZIP) / DOMICILIO (Núm., calle, ciudad, estado, ZIP)	
--	--

BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO	PLACE OF BIRTH / LUGAR DE NACIMIENTO	AREA CODE & PHONE NO. / TELEFONO ()	SOC. SEC. NO. / NUM. SEG. SOC.
---------------------------------	--------------------------------------	---	--------------------------------

EMPLOYER / EMPLEADOR	OCCUPATION / OCUPACION	TYPE OF BUSINESS (Sales, food service, etc.) / TIPO DE NEGOCIO (Ventas, servicio de comidas, etc.)
----------------------	------------------------	--

MEDICAL INSURANCE (Company Name) / SEGURO MEDICO (Nombre de la Compañía)	POLICY NO. / NUM. DE POLIZA
--	-----------------------------

ETHNICITY/ ☐ White/Blanco ☐ Black/Negro ☐ Asian/Pacific Islander/Islas Asia/Pacífico ☐ Information not available/No hay información

☐ Hispanic (Specify)/ Hispano (especifique) ☐ Am. Indian/Alaskan Native (Tribe) / Ind. norteamericano/Alaska

I am requesting genetic testing to determine parentage for the above-named child. I understand that I will be contacted by my local Child Support Enforcement Office to schedule a genetic test. Failure to appear for scheduled testing may result in a Summons and Complaint in Paternity being filed against me. I understand that I will be responsible for reimbursing the cost of the genetic tests, at the testing rate made available to the state, for myself, the mother and the child named above if I am found to be the biological father. I further understand that I will be bound by the results of this test and if I am not excluded as the biological father, an Order of Paternity will be entered naming me as the legal father. If the results of the genetic tests exclude me as the biological father, no Order of Paternity will be entered naming me as the legal father of the above-named child.

Solicito una prueba genética para determinar la paternidad para el menor nombrado arriba. Entiendo que de la oficina local de Ejecución del Sustento de Menores se comunicarán conmigo para programar la prueba genética. El faltar a la prueba programada puede resultar en la presentación de una Citación o Reclamo de Paternidad en mi contra. Entiendo que si se determina que yo soy el padre biológico, seré responsable por reembolsar los costos de las pruebas genéticas hechas a mí, a la madre y al menor nombrado, según la tarifa aplicable al estado. Entiendo además que los resultados de esta prueba me obligan, y que si no se me excluye como padre biológico, se registrará una Orden de Paternidad en que se me nombra como el padre legal. Si los resultados de la prueba genética me excluyen como padre biológico, no se registrará una Orden de Paternidad donde se me nombre como el padre legal del menor nombrado arriba.

FATHER'S SIGNATURE / FIRMA DEL PADRE	DATE / FECHA
--------------------------------------	--------------

Routing: Original - DCSE/Hospital Paternity Program, Canary - Father, Pink - Mother

Equal Opportunity Employer/Program ♦ Under the Americans with Disabilities Act (ADA), the Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service, or activity. For example, this means that if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. This document is available in alternative formats by contacting (602) 252-4045.

APPLICATION INSTRUCTIONS

If you have any questions, please contact your attorney or the Hospital Paternity Program office at 1-800-485-6908.

READ all instructions and educational information provided. **Remember, hospital staff cannot give legal advice.**

Requesting Genetic Testing

If the mother and alleged father are unsure who the biological father of the child may be, they may request genetic testing.

If the mother and alleged father intend to have genetic testing or are unsure about establishing paternity **DO NOT** complete the Acknowledgment of Paternity form (CS-127).

The mother and alleged father may seek testing from a laboratory which does genetic tests. Most labs require testing fees to be paid prior to testing.

The Division of Child Support Enforcement (DCSE) can provide genetic testing through their contracting laboratories. The state has secured lower testing rates from these laboratories. The DCSE will seek reimbursement of the testing fees from the alleged father only if he is found to be the biological father of the child.

Instructions

The mother and alleged father must read this agreement.

The mother provides the requested information about herself and the child. She must sign and date the application.

The alleged father provides the requested information about himself. He must sign and date the application.

NOTE: All items on this agreement must be completed. Use black ink only. Please print clearly.

Give the form to the hospital staff when you are asked about the birth certificate.

If you need additional time to think about genetic testing, the form may be completed and mailed to:

Division of Child Support Enforcement/Hospital Paternity Program
P.O. Box 40458
Phoenix, Arizona 85067

Once the form is received by the DCSE, your local child support office will contact you to schedule genetic testing.

Requesting IV-D Child Support Services

If the mother does not have the cooperation of the father at the time of birth and would like to request IV-D child support services she may complete and sign the application. The application should be given to hospital staff when you are asked about the birth certificate or it may be mailed to the address listed above.

NOTE: Complete all information (including the alleged father information to the best of your ability. If you don't know the alleged father's exact birth date, provide his age). Use black ink only. Please print clearly.

The appropriate child support office will provide you with additional forms and service information.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

Si tiene cualquier pregunta, comuníquese con su abogado o llame al Programa de Paternidad para Hospitales al 1-800-485-6908.

LEA todas las instrucciones y los materiales educativos provistos. **Recuerde que el personal del hospital no puede dar consejos legales.**

Para solicitar las pruebas genéticas

Si la madre y el alegado padre no tienen certeza de quién es el padre biológico, pueden pedir la prueba genética.

Si la madre y el alegado padre piensan hacerse la prueba genética o no están seguros de si establecer la paternidad, **NO** llene el formulario de Reconocimiento de Paternidad (CS-127).

La madre y el alegado padre pueden hacerse las pruebas en cualquier laboratorio donde conduzcan pruebas genéticas. La mayoría de los laboratorios requieren que se pague por las pruebas de antemano.

La División para Ejecución del Sustento de Menores (DCSE) puede obtener pruebas genéticas a través de los laboratorios que contrata. El estado ha conseguido costos más bajos de estos laboratorios. La DCSE procurará reembolso de los costos de las pruebas por parte del alegado padre sólo si se determina que él es el padre biológico del niño(a).

Instrucciones

La madre y el alegado padre tienen que leer este acuerdo.

La madre suministra la información que se pide sobre ella misma y sobre el niño(a). Ella tiene que firmar y fechar la solicitud.

El alegado padre suministra la información que se pide sobre él mismo. El alegado padre tiene que firmar y fechar la solicitud.

NOTA: Todas las partes de este acuerdo se tienen que llenar. Sólo use tinta negra. Sírvase escribir claramente.

Entregue el formulario al personal del hospital, cuando le pregunten por el certificado de nacimiento.

Si necesita más tiempo para pensar sobre la prueba genética, puede llenar el formulario y enviarlo por correo a:

Division of Child Support Enforcement/Hospital Paternity Program
P.O. Box 40458
Phoenix, Arizona 85067

Cuando la DCSE reciba el formulario, de su oficina local para sustento de menores se comunicarán con usted para programar su prueba genética.

Para solicitar Servicios de Sustento de Menores bajo el IV-D

Si la madre no cuenta con la cooperación del padre cuando nace el niño(a) y ella quiere solicitar servicios de sustento de menores bajo IV-D, puede llenar y firmar la solicitud. La solicitud deberá entregarse al personal del hospital cuando le pregunten sobre el certificado de nacimiento, o enviarse por correo al domicilio que aparece arriba.

NOTA: Incluya toda la información (incluso lo más que sepa sobre el alegado padre. Si no sabe la fecha exacta de nacimiento del alegado padre, escriba la edad que tiene). Sólo use tinta negra. Sírvase escribir claramente.

La oficina apropiada de sustento de menores le dará formularios adicionales y toda la información sobre los servicios.